

日時：令和6年9月18日(水) 12:00～14:00

場所：AP虎ノ門 RoomI（3階）

出席者

秋山 千枝子委員、浅井 篤委員、磯部 光章委員、小野 稔委員、笠原 群生委員、
賀藤 均委員、加藤 庸子委員、絹川 弘一郎委員、見目 麻子委員、木幡 美子委員、
米山 順子委員、坂本 哲也委員、佐原 博之委員、外園 千恵委員、藤野 智子委員、
水野 紀子委員、湯沢 賢治委員

課題

1. 今後の臓器移植医療のあり方について
2. その他

配布資料

資料1	今後の臓器移植医療のあり方について（まとめ）
資料2	今後の臓器移植医療のあり方について（概要）
参考資料1	臓器移植対策の現状について
参考資料2	臓器の移植に関する法律
参考資料3	臓器の移植に関する法律施行規則
参考資料4	「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）
参考資料5	臓器のあっせん業の許可について
参考資料6	心臓移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料7	肺移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料8	心肺移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料9	肝臓移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料10	腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料11	膵臓移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料12	小腸移植希望者（レシピエント）選択基準
参考資料13	角膜移植希望者（レシピエント）選択基準

議事

○吉川補佐 先生方、こんにちは。定刻になりましたので、ただいまから「第 68 回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会」を開催いたします。委員の皆様におかれましては御多忙のところ、また、本日 12 時からの開始ということでお昼時間中ではございますけれども、御参加いただきまして誠にありがとうございます。恒例ですけれども、Web 会議の進め方について御説明いたします。御発言される場合にはビデオ及びマイクをオンにさせていただきます、まずお名前をおっしゃった上で御発言をお願いいたします。また、御発言が終わりましたら再びビデオをオフ、ミュート状態にさせていただきますとお話を聞いていただくようお願いいたします。また、本日の臓器移植委員会も会議の様子を YouTube 配信しております。もう既に流れているかと思えます。本日から新しい Web カメラを導入いたしまして、もし不具合がありましたらお知らせくださいませ。よろしくお願いいたします。

本日の出欠状況ですけれども、平澤委員が御欠席の予定です。藤野委員、小野委員、加藤庸子委員がまだお入りになられておりませんが、定数を満たしますので会議を開始させていただきます。

引き続きまして、資料の御説明をさせていただきます。資料 1 及び 2 が「今後の臓器移植医療のあり方について」で、資料 2 はこれまでの議論のまとめですので、適宜、御参考にさせていただきますと幸いです。参考資料 1 が「臓器移植対策の現状について」、参考資料 2 が「臓器の移植に関する法律」、参考資料 3 が「臓器の移植に関する法律施行規則」、参考資料 4 が「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)」、参考資料 5 が「臓器のあっせん業の許可等について」、参考資料 6 以降は「心臓、肺、心肺同時、肝臓、膵臓、腎臓、小腸、角膜移植希望者選択基準」となっております。

では、ここからの進行を磯部委員長をお願いいたします。

○磯部委員長 委員長の磯部です。それでは、議題に入ります。まだまだ暑い中、皆さん、この時間に集まりいただきまして、どうもありがとうございます。議題は 1 点ですけれども、課題は多岐にわたりますので、皆さん、要領良く御発言いただいて活発に御議論を頂きたいと思えます。それでは、議題 1「今後の臓器移植医療のあり方について」、御説明を事務局からお願いします。

○吉川補佐 事務局より「今後の臓器移植医療のあり方について」、御説明をさせていただきます。画面、ちょうど良く見えておりますでしょうか。もし、小さければ拡大させていただきます。では、まず、こちらが主要な資料です。脳死下の臓器摘出にいたるプロセスと課題をお示ししております。この元となる資料ですが、前々回の 7 月の臓器移植委員会で御提示いたしました脳死を経て亡くなられた患者様に関して、家族に対する情報提供等のプロセスをより詳しく過程について解説したものです。左側に関しては、このそもそもの移植の過程のプロセスをこちらに書かせていただいております。

先だって、7月にお示しした「脳死とされうる状態」に該当する方4,412名、そして選択肢提示がされた方が1,113名、脳死下臓器提供された方が105名ということですが、その間の過程、あっせん機関であるJOTに連絡された方、こちら、もともとの集計が令和4年度のもので、JOTから頂いた資料が「令和4年」のもので参考とはなりません、JOTに連絡されたもの、そしてJOTが適応ありと判断したもの、JOTから臓器提供施設に赴き家族に説明をしたもの、それぞれの人数となっております。

7月の委員会でも、この4,412名の方が脳死を経てそれから亡くなられていくわけですが、家族にどれだけ御説明されて、そして臓器提供が実施された方々がどれだけいらっしゃるか、その間の過程について深掘りすべきであるとか、あるいは、その間の過程の課題について検討すべきであるという意見を頂いたところでした。今回、その課題や、もう少し細かい所について記載したものが、この資料です。

まず、最初の4,412名から家族に臓器提供に関する情報が提供されたもの、1,113名に減少する過程について、想定される課題と対応策について示しております。終末期対応、つまり不可逆的全脳機能不全で救命困難から終末期対応や、臓器提供に対する医療機関の精神的、経済的負担から臓器提供医療機関が断念する事例、あるいは、この終末期対応や脳死判定に対して不慣れな施設があるために、この4,412名から減少があるのではないかと。あるいは、臓器提供施設が自ら臓器提供に適応しないと判断している、また、もちろん御家族が臓器提供を希望されないという事例もあるかと存じます。

そのような中で、私どもとして従前から臓器提供に不慣れ、あるいは終末期対応に対して不慣れな御施設に対して慣れている施設が支援するという臓器提供施設連携体制構築事業を展開してまいりましたが、このような課題に対しての対応策として、この拠点施設を拡充して日本全体をカバーする体制を考えていきたいと思っております。

赤の部分ですが、JOT(日本臓器移植ネットワーク)に連絡されて、実際にJOTから臓器提供施設に赴き家族に御説明したもの、ここで幾分か減少するわけですが、その点に関しては右に書かれておりますとおり、JOT等のコーディネーターの到着が、最近、臓器提供者数が少し増えてきていることもあり、到着が遅れることも発生しております。あるいは、JOT等が医学的観点、法令・ガイドラインの観点から臓器提供の適応なしと判断した、また、もちろん、御家族が臓器提供を希望されなかった事例もあると存じます。JOTのコーディネーターの業務が大変になってきていること、あるいは適応を正しく判断すること等を課題と置いておりますが、その対応策として従前も少し御議論がありましたが、臓器あっせん機関を複数化することで、各地域において同時並行で説明等の対応を行うことができる。あるいは、家族に説明するコーディネーターを増員することで対応していきたいと考えております。

最後に、JOTから家族に対して説明を行い、そこから先、様々な過程があり実際に臓器移植が実施されます。今般、移植実施の辞退もあり、その過程において、もちろん無駄になる臓器はなかったわけですが、いろいろな過程で移植について、やはり再検討すべきで

はないかという観点から、先立ってはお示ししませんでした。レシピエント選択基準等の精緻化、レシピエントの登録移植施設の複数化、移植実施施設ごとの臓器移植の実施状況や移植結果等を見える化して、国民の方あるいは医療従事者の方々に確実に臓器移植を受ける施設を選択していただくという対応策を、我々として提示させていただきたいと存じます。

こちらが主要たる資料ですが、まず、緑の所、臓器提供施設に関する対応策についてお示ししようと思います。こちらに関して、従前から示している資料ではありますが、臓器提供施設連携体制構築事業の拠点病院がない地域に拠点施設を設置し、不慣れな病院を支援することを、対応策として考えていきたいと思っております。令和6年度においては、前年度17施設だった拠点病院を25施設まで拡充し、連携施設は214まで増やすことができました。ただ、お示しさせていただいているとおり、緑の地域は人口が多い大阪府などです。また、空白地帯になっている北関東甲信越に関して、今後、拠点病院の設置を検討して日本全体をカバーすることを検討させていただいております。まず、先ほどの緑の所についてのご説明は以上ですが、先生方に御意見を頂きたいと存じます。

○磯部委員長 ここまでということ、御議論いただきたいと思います。御発言の方は挙手いただいて、お伺いしたいと思います。皆さんの御準備の間に、私から。最初のスライドに4,412名(推計値)、1,363名(推計値)とありますが、これは、どのような根拠に基づいて出された数字なのか。それから、5類型施設との関連を教えてください。

○吉川補佐 事務局より御回答させていただきます。こちらは、厚労科研の横堀班で調査を実施されたものでして、資料の下記に書かせていただいております。こちらで、令和4年度における5類型施設、当時は895施設でしたが、これに対して調査を行って、全死亡の患者さんのうち、脳死を経て亡くなられた方が何名であったか、いわゆる「脳死とされうる状態」と診断された方がどれだけいらっしゃったか、臓器提供に関する情報提供をされた方が何名だったかという調査をさせていただいたところです。回答率がおおよそ73%でして、単純に掛け算をするものではないかもしれませんが、この集計値の100/73ということで出させていただいた数が、4,412であったり1,363、1,113という数値です。

○磯部委員長 そうすると、5種類の病院の中でという前提ですね。

○吉川補佐 おっしゃるとおりです。

○磯部委員長 御発言、御質問はいかがでしょうか。坂本先生ですか。どうぞ。

○坂本委員 公立昭和病院の坂本です。よろしいでしょうか。

○磯部委員長 どうぞ。

○坂本委員 私の立場は救急医ですので、提供側の施設ということになるのですが、「脳死とされうる状態」になった方に、きちんと脳死の診断をして、その患者さんの潜在的な臓器提供の意思をきちんといかすべく、御家族にオプション、臓器提供の可能性を提示してJOTにつなぐということに関して、我々救急の現場に当たっている医師がより認識を高めることが大事かなと思いました。その中で、今回の臓器提供施設連携体制構築事業で拠

点病院を増やすということに期待はしているのですが、単に空白地域の穴埋めをするだけではなくて、ここにあるのは、ふだん余り脳死の診断や臓器提供の経験がない施設なので、そういう施設に対してこういう支援が得られるのだということをプッシュ型というか、より強く支援が得られることを喧伝していただかないと、大きくは変わらないのかなと思います。支援を求めたらやってくれるよというだけでは、なかなか現場の意識は変わらないのかなと思いました。

また、ここに出てくるところでは、脳死診断と臓器提供に関する負担というところが想定される課題の中にありますが、実際、現場の中では、臓器提供を行った後に脳死判定及び臓器提供に関しての検証事業というのがあって、1件臓器提供すると、脳死になった患者さんの治療のプロセスや脳死の診断に関して報告書を書いて、それについて評価を受けなければならないということになっているのですけれども、報告のための資料を作るところが非常に負担になるという声も聞こえております。検証自体は透明性を高めるために非常に大事なのですが、その内容自体は、基本的には診療録からの抜粋、転記するという作業になりますので、診療録をきちんと参照しながらやっていただければ、余り事細かく書く必要もないのかなと思います。その辺、現場への負担ということに関しては、臓器提供後の事務作業に関しても検討いただけると有り難いなと思います。以上です。

○磯部委員長 よろしいですね。次は、湯沢委員からお願いいたします。

○湯沢委員 湯沢です。2つ質問があります。まず1つ目が、連携体制構築事業というのは、素晴らしいアイデアで、広げるためにはいいシステムだと思いますが、それで具体的にどのぐらい成果が上がったのでしょうか。例えば、事業内で脳死下の臓器提供がどのぐらい増えたのかとか、新規に臓器提供があった施設がどのぐらいあるのか、そういう集計はありますか。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。お願いいたします。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。連携体制構築事業は、臓器提供を実施する医療機関でも、医療機関同士あるいは医療従事者同士のサポートが得られて、不安だった臓器提供が円滑に行われたという御意見を頂いているところです。令和6年度において、実際に脳死下臓器提供の実施予定になっているのが、現時点で73ありまして、そのうち半分以上が連携体制構築事業の拠点病院ないしは連携病院からの臓器提供でした。ちなみに、新規と湯沢先生はおっしゃっていたかと思うのですが、初めて臓器提供を経験した施設は、令和6年度上半期においては、9月18日現在で10施設が初めて臓器提供を経験しました。

○湯沢委員 その新規の施設は、構築事業に入っていた施設なのですか。

○吉川補佐 全てがということではありませんが、多くが連携体制構築事業の連携病院でございました。

○湯沢委員 そうですか。それは何よりでした。

2つ目の質問ですが、2枚目のスライドで、JOTに連絡された者が316名で、JOTから家族説明をした者が132名と58%減っているというのがありましたが、その原因として、

すぐ右側に「コーディネーターの到着遅れ等により中止」と記載されていますが、どういう要件で実際に 58%も減ってしまったのかという各々の要素は明らかなのですか。

○磯部委員長 事務局、お願いいたします。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。316名から227名、あるいは227名から132名に減ったそれぞれの人数の内訳というのは、具体的には聞いていないのですが、例えば、316名から227名に関しては、医学的適応がない、あるいは、先だつての療育手帳等もありましたけれども、ガイドライン等の観点から適応がないとJOTさんが判断された人数が89名かと思います。227名から132名というところですが、こちらも具体的にどういうことかという数値は、我々としては持っておりませんが、JOTさんにお伺いいたしましたところ、家族等と連絡が取れなくなった事例等であったとお聞きしているところです。

○湯沢委員 その詳細は是非知りたいところだと思います。いかがですか。

○磯部委員長 どうぞ。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。先だつて日本臓器移植ネットワークさんから移植実施の集計や、臓器提供に関して医療機関等からの連絡をどのように受けたかについて御報告いただくということにさせていただきました。こちらを集計して、足りない所がありましたら、日本臓器移植ネットワークさんから情報を頂きながら解析していきたいと思えます。

○磯部委員長 よろしいですか。

○湯沢委員 はい。

○磯部委員長 私からコメントを追加いたしますが、ここには3つ挙がっていて、コーディネーターの到着遅れ等ということと、適応なしということと、家族が希望しないということ、これは質的に全然違います。特に、1つ目のこういう事務的あるいはシステム上の問題で大きく減っているということであれば非常に問題ですし、改善できる場所ですので、今お答えいただいたようにきっちり精査して御報告いただいて、また改善策を出していただければと思います。

続いて、佐原委員、どうぞ。

○佐原委員 日本医師会の佐原でございます。私も質問が2つあったのですが、1つ目は湯沢先生と同じで、今お答えいただきました。もう1つなのですが、理由として「家族が臓器提供を希望せず」という所です。これは、132名から105名に至るところの原因であつて、最初の58%減の中の理由にはならないのではないかなと思うのですが、いかがなものでしょうか。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。ちょっと分かりにくい資料になってしまいましたが、おっしゃるとおり58%減に関しては、この3つのポツ、矢印というか、カーソルが見えておりましたら、この上の2つの所が58%減の所です。令和4年度と4年で参考値にはなりますが、4年の132名から105名に減る所に関しては、家族が臓器提供を希望

されなかったというところになるかと思えます。分かりにくくなり、申し訳ございませんでした。

○佐原委員 分かりました。そうであれば、「家族が臓器提供を希望せず」というコメントは、下の段の所に入れたほうが分かりやすいのではないかなと思えました。以上です。

○磯部委員長 私もそうと思いますが、いかがでしょうか。よろしく願いいたします。ほかに手が挙がっているのは、賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賛育会の賀藤でございます。趣旨を別の方面から見ると、脳死とされうる状態が現場で出たならば、正確な情報をどうやって自動的に吸い上げるかというのがものすごく大事だと思うので、そのシステムを考えなければいけないかと思っています。ですので、現場で救急の先生方に負担が掛からない形で、脳死とされうる状態の患者さんが発生した場合は、例えば、前回の委員会で申し上げたように、義務的に病院長に報告して、報告された病院長は、どこかの機関にきちんと報告するというような何かそういうシステムを作ったほうが良いと思いました。

○吉川補佐 ありがとうございます。事務局よりお答えいたします。今現在、連携体制構築事業のほうで、令和5年度に、まず脳死とされうる状態で残念ながら救命ができず、終末期ケアや、その先の臓器提供の可能性のある患者さんについて把握し、どれだけ選択肢提示がされているかということ各拠点病院、連携病院で調査していただいたところです。令和6年度からは、それを確実に共有する仕組みを構築するように、この事業でお願いしているところではありますが、賀藤委員に御指摘いただいたように、この事業内で自動的に吸い上げる仕組み等は、拠点の先生方ともコミュニケーションを取りながら、いかに負担なく実施できるかどうかを、令和7年度に向けて検討していきたいと考えております。ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかによろしいでしょうか。拠点施設ですが、先ほどのお答えではそれなりの効果があって、新規施設が増えたということで大変結構です。国として具体的に、拠点施設にどういうサポートをされているのか、補助金以外に何かをされていらっしゃるのか、その辺を教えてくださいませんか。

○吉川補佐 ありがとうございます。事務局よりお答えいたします。補助金は、令和6年度は2.6億円で、各拠点病院の事業によって配分は変わりますが、基本的には拠点病院から臓器提供をしようとしている、あるいは今後しようと思う連携施設に対してのサポートは、あっせんの事例であったり、あるいは平時のときのサポート、その行為について金銭的にサポートをさせていただいているところです。それ以外にも、拠点病院間でのノウハウの共有という機会も設けておまして、最近でしたら、一部の医療機関では遠隔支援システム等を活用しながら臓器提供、あるいは脳死判定、移植臓器の機能の評価等をより負担なく実施するような取組をされている所もありますので、そういう取組の紹介、あるいはデバイスのサポート等もさせていただいているところです。

○磯部委員長 補助金もちろん大切ですが、やはり、ソフト面あるいは情報提供の面の

サポートがますます必要だと思imasるので、よろしくお願いいたします。佐原委員、どうぞ。

○佐原委員 少々細かい話なのですが、4,412名から1,363名に減った所は、この右側に書いてある2つの理由ということでもいいかと思imas。ただ、1,363名から1,113名に減った所は、臓器提供施設が臓器提供に適応しないと判断したということだと思imasのです。そして、「家族が臓器提供を希望せず」というのは、臓器提供施設が臓器提供に適応すると判断した後、家族に臓器提供施設がお話をして、家族がJOTの説明を聞くことを希望しなかったとしたほうがいいのではないかなと思imas。

というのは、先ほどお話した更に下に書いてある「家族が臓器提供を希望せず」というのは、JOTの話聞いた後に希望しなかったということです。説明を聞いた後希望しなかったということですし、上の段の所の上から4つ目の「家族が臓器提供を希望せず」というのは、臓器提供を希望しなかったのはそうなのでしょうけれども、JOTの説明を聞くことを希望しなかったというように分けたほうが、より課題が明確になるのではないかなと思imas。以上です。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 御指摘のとおりかと思imas。この資料は度々活用することになるかと思imasので、文言修正をさせていただきます。ありがとうございます。

○磯部委員長 木幡さん。

○木幡委員 はい、木幡です。

○磯部委員長 どうぞ。

○木幡委員 フジテレビの木幡と申します。御説明どうもありがとうございます。これを見ていて、脳死とされうる状態の患者さんから最終的に提供に至る数が、日本ではこのぐらいになってしまう、90%減ってしまうということですが、海外だとどのような感じになるのかというのを知りたいなと思imasました。それから、法律上できないのなら、これは致し方ない、ルールというものにのっとって進めるべきだと思imasのですが、実際に本当に提供したい、できたかもしれないのに結び付いていないとしたら、非常に大きな問題かなと思imasしております。

例えば、そもそも入院時に臓器提供の意思表示があるのかないのかというのを全員に確認するようなことをしたりすれば、負担も減るのかなと思imas。コーディネーターの到着遅れというの、ここにさらっと書いてありますが、実際にこういうことで提供に結び付けていないとしたら、前から申し上げているとおり、説明動画のようなものを作って、まずはそれを見ていただくとか、到着までお待ちいただくとか、いろいろなやり方があると思imasので、是非、一人一人提供したいという意思をできるだけ尊重して、移植に結び付けるように、そこは一生懸命ポジティブにやっていかなければいけないのではないかな。命に関わることでありますので、私も移植の取材をしていて、患者さんは5、6年待ち続けていますので、そういった中で取りこぼしのないようにしていくというのは、あらゆる

手段を使ってやっていかなければいけないことではないかと思いました。以上です。

○磯部委員長 事務局、いかがでしょうか。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。まず、海外ということですが、ちょっとすみません、共有させていただきます。脳死を経た患者さんで、どれだけ家族に対して御説明がされたか、実際に臓器提供を実施された数がどれだけかということに関しては、こういう調査は各国でやられており、毎年されているものです。我々もこの調査を厚労科研に関わらず毎年させていただこうと思っており、施策の評価にも活用しようと考えているところです。もし参考になりましたら、2018年だったかと思いますが、韓国で似たようなことをやっております。脳死の方が2,400名ぐらいで、家族に臓器提供の説明が実施されたのが1,800名ぐらい、実際に臓器提供が実施されたのが450名ということでした。我々としては、こういう調査を定期的の実施させていただきたいと思っております。

JOT等のコーディネーターの到着遅れは、到着が遅れてしまって残念ながら心臓停止に至ったとか、そういうことだけではなく様々なことがあると思うのですが、これに関しては、次にまた事務局より御説明させていただこうと思っております。

○磯部委員長 それでは、先に進みます。また御発言の機会がありますので、後でも結構です。では、次の部分の説明をお願いいたします。

○吉川補佐 事務局より説明いたします。木幡委員からも御指摘のあったピンクの所で、主に臓器あっせん機関の今の課題と対応策について、説明をいたします。今、日本臓器移植ネットワークさんが、本当に少数精鋭で臓器提供の意思を確実に汲み取るような取組をさせていただいております。先だって説明させていただきました臓器提供施設連携体制構築事業等、あるいは様々な国民の皆さんに対する普及啓発や医療者教育等の成果もあり、徐々に臓器提供者数が増えているところ、やはり少数精鋭でだんだん業務負担が増大しており、本当に大変な労働量であっせんを実施していただいているところです。これに対する対応策について、お示しいたします。

我が国においては、今、日本臓器移植ネットワークさんが、ドナー関連業務と書いておりますが、臓器提供に関する説明及び家族同意の取得であったり、あるいは本人の意思の確認、臓器摘出術等に関して業務を実施いただいているだけでなく、移植候補者の選定に係る業務、マッチング関連業務と書いておりますが、こちらは選定だけでなく、臓器移植の実施の意思を臓器移植実施施設を介して患者さんの意思を確認するという大変な作業を実施していただいております。

一方、他国において示しておりますが、アメリカに関しては、先だっでの会議で笠原委員や湯沢委員から UNOS、OPO という御発言がありましたが、このマッチングに関連する業務とドナーに関連する業務は分けて実施されているところです。マッチングに関連する業務は、アメリカでも UNOS のみで、その代わりドナーに関連する業務に関しては、全州に、各州1個以上ある所もあるようですが、現時点では56機関のプロキュアメントオーガナイゼーション、ドナー関連業務をされる機関があるということです。

前回の笠原委員の御発言で、COI、利益相反というようなことがありましたが、やはり臓器移植を実施することによって臓器提供の意思を強要してはいけないであるとか、あるいは逆のこともあるかもしれませんが、そういう観点からマッチング関連業務とドナー関連業務を別機関、別の人間がやるということで分けられているという経緯と承知しております。

英国においては、NHS が基本的な全ての医療業務について携わっておられることと思いますが、やはりマッチングに関連する業務とドナーに関連する業務は、全く違う人員が実施していると。スペインにおいては、ドナー関連業務をする機関は設置していませんが、院内コーディネーターさんが各大きな医療機関にいらっしゃり、説明と同意であったり、臓器摘出全てについてマネジメントされていると承知しております。韓国については、ほぼアメリカと同じような状況ということを、まず紹介いたします。

その上で、事務局から臓器のあっせん業務、先ほど申しましたドナーに関連する業務と、マッチングに関連する業務の2つがあり、日本臓器移植ネットワークさんが本当に頑張って、それを両方とも実施していただいているところです。ほかにも、広報、啓発、調査、研究、システム管理なども、全て行っていただいておりますが、大変な負担になっていることと思います。この負担軽減であったり、迅速に御家族、あるいは臓器提供を検討されている医療機関、臓器移植を実施されている医療機関のニーズに応えるために、今後この臓器あっせん機関を複数とすることも検討されております。

この複数化することについて、まず案1と書いておりますが、役割ごとに分割する案、そして役割ごとに分割した上で各地域にドナーに関する業務を設置するという案1と、例えば地域ごとに管轄を設けて業務を行う。ドナー関連業務とマッチング業務は同じようにやっていただくのですが、日本全体ではなくていろいろな地域に全てを行うあっせん機関を設置して、業務の負担を少し軽減するという案2が考えられるかと思っております。後ほど、この案1、案2について御議論いただきたいと思っております。事務局で、メリット、デメリットについて整理いたしましたので、それを提示いたします。

案1に関して、役割ごとに分割することに関しての利点、そして懸念点ですが、赤字の所をお読みいただけたらと思っております。先だつての臓器移植委員会でも議論されたように、利益相反の解消であったり、あるいは臓器移植に関する意思の確認や患者の選定、これは最も神経の使う業務かと思っておりますが、このあっせん業務に集中できること。そして、もし地域ごとにドナー関連の業務を行う機関を設置した場合は、速やかに家族対応が可能になると考えております。ただ一方、今まであっせん機関が全ての業務をやっていただいていた中で、そのうちのドナー関連業務に関する知見、経験が失われてしまうことが、懸念点として挙げられます。

そして、案2ですが、ドナー関連、マッチング関連の業務を全て行った上で、様々な地域に設置するということに関しては、1つのあっせん機関の業務停止でも移植医療の継続が可能であること。災害等が多い国ですので、こういう対応も可能であるということです。

あるいは、現行のあっせん機関がそのまま維持されるということもありますし、もし地域に分けて複数設置する場合は、速やかに家族対応が可能となります。ただ、懸念点として、マッチングを行う所を何個かに分けるということで、例えば地域に分けて設置する場合ですと、臓器提供に関して今は地域間格差がありますので、待機期間等の地域間の差異が生じる可能性であったり、もし地域に関係なく設置する場合においては、移植を待機されている患者さんがどのマッチング機関に登録すればいいのかかなり悩まれるということがあり、恐らく混乱が生じるのではないかとということを懸念しております。

その上で、少し参考になるかと思いますが、ではこのようにあっせん機関を複数にすることができるのか、様々な臓器提供に関して負担が生じないかということは、脳死下臓器提供時の診療報酬の主な流れについて、参考でお示しいたします。脳死下臓器提供、あるいは移植に係る経費というのは、診療報酬に定められた所用の費用を移植術を受ける患者及び保険者が移植実施施設に対して支払い、臓器あっせん機関を介して臓器提供施設等へ規定の費用が配分されております。これは、臓器提供された方からの診療報酬ということがないように、もちろん善意で提供いただいておりますので、まずは移植実施施設に対して支払われて、臓器あっせん機関から費用配分されるということです。各機関の費用配分率と、下に赤字で示している金額は、採取術、移植術、それぞれ深夜加算 2.6 倍で計算したのですが、こちらに関して関連学会の日本移植学会、脳神経外科学会、救急医学会、集中治療医学会等との協議を踏まえて、臓器あっせん機関において費用配分規定細則として定められております。よく、日本臓器移植ネットワークさん、あっせん機関や臓器提供施設には全く費用が入らないというお話もありますが、このように費用配分されておりますので、本日参考として資料を提示しております。

その上で、少し戻りまして、今は臓器移植ネットワークさんが頑張っている中で、家族に説明することが大変な状況になっていると。東京、大阪、愛知、福岡からではありますが、遠い地域において、コーディネーターさんを派遣するというのに時間が掛かったりということも現状起こっていると。そういう中で、家族に説明をするコーディネーターさんをもう少し拡充してはどうかという御意見を頂いており、我々としても臓器提供について説明するコーディネーターを増員するというところで、このような案を提示しております。重複になりますが、コーディネーターに係る課題として、JOT においてコーディネーターの人員確保がなかなか進んでいかないこと。あるいは、ポテンシャルドナー発生の度に、コーディネーターを地域の医療機関に派遣するという効率の悪さ等が挙げられております。対応策として、あっせん機関の業務を院内ドナーコーディネーター等に委嘱し、ポテンシャルドナーの御家族に迅速に対応できる地域密着型のドナー関連業務のあっせん体制を構築してはどうかということです。今は人員に関しては、あっせん事業者設置費というものを我々として計上しておりますが、JOT のコーディネーターさん、あるいは院内ドナーコーディネーターさんで人員を少し割り振って、コーディネーターの業務の一部を院内ドナーコーディネーターさんに委嘱し、確実に御家族に対して説明ができるよ

うな体制の構築を考えていきたいと思っております。事務局からの説明は以上です。

○磯部委員長 このセクションでは、臓器あっせんシステムについての説明と提案がありました。それでは、挙手を頂いて、御議論いただきたいと思えます。賀藤委員からどうぞ。

○賀藤委員 賀藤です。まず、臓器あっせん機関の複数化の考え方でいきますと、諸外国を提示していただきましたが、スペインがマッチング業務が2箇所とは書いてあります。基本的にはカタルーニャが州が別だということだけなので、多分これは政治的な問題があって、実質的には1箇所という考えるべきなのだろうと思えます。マッチングは、絶対に公平でなければいけないので、かつ今の情報化社会ですから公正でかつ、COI のことからいけば、1箇所でもいいのだろうと思えます。そうすると、やはり案1のような形で複数化していくのがいいのかと思いました。私が考えたいのは、案1でいくとしても、現在のJOTのアドミニストレーションや、いわゆる役員の方々や理事会があり方がそのまま同様になることは余り意味がないので、きちんとした各組織を作るならば、ゼロからの出発での組織のあり方というものを考えていただきたいです。そうでないと、また同じ問題が起こるのではないかと考えています。あとは、検証するシステムをきちんと作っていただければと思いました。

質問なのですが、案1でいくとしても、ドナー関連業務実施法人というものが出てくるのですが。そうすると、最初のほうで御説明いただきましたコーディネーターの△の層別化された所なのですが、院内コーディネーターやドナーコーディネーターというものは、どういう形で。院内コーディネーターとドナー関連業務の法人というものは、どのような関係になるのかを教えてくださいたいと思えます。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。現在、案1、案2で議論いただいておりますので、この院内ドナーコーディネーターの方々をもし案1でいった場合に、新しいあっせん機関とどのような関連をもつかということは、これから議論しなければいけないと考えております。やはり、院内のコーディネーターですので、院内で御活躍いただく方と存じます。その中で、院内ドナーコーディネーターさんと新しいあっせん機関とで綿密に連携した上で、臓器提供の希望がある方を確実に新しい臓器あっせん機関に御報告いただく形になろうかとは、今考えております。

○磯部委員長 佐原委員、どうぞ。

○佐原委員 日本医師会の佐原です。あっせん業務については、JOTのコーディネーターが行っていたということなのですが、マッチングについても同じ人物が対応していたのでしょうか。それとも、脳死判定が出たときに、あっせん業務を行うコーディネーターと別のコーディネーターがマッチング業務を行っていたのでしょうか。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。臓器提供事例が発生した場合に、現地の臓器

提供を実施される医療機関にいらっしゃるコーディネーターと、レシピエント選択が本部で実施されておりますが、そちらと2つの舞台に分かれて1つの事例を進行していることにはなりません。その業務に関して、その時折で同じ方々でも本部にいらっしゃることもあれば、臓器提供施設に赴かれる方もいらっしゃるということで、1つの事例でレシピエント選定もドナーに関することも両方同時に行っているということではありません。

○佐原委員　そういうことであれば、例えばこのJOTのコーディネーターの中でも、これまで主にあっせん業務を行っていた人と、主にマッチング業務を行っていた人と分かれるのでしょうか。それとも、それはケースケースによって行ったり来たりするのでしょうか。

○磯部委員長　事務局、どうぞ。

○吉川補佐　事務局よりお答えいたします。日本臓器移植ネットワークさんとお話させていただくと、マッチングの業務、御家族に対する御説明、あるいは移植実施施設や摘出チームとのコミュニケーション、この全てができる方、そういう人材を育成することを目標として進めてこられたとお聞きしております。先だって、前回の御説明でS級とかA級というお話がありましたが、S級というのは全ての業務ができる方がそのようなランキングになられているとお聞きしております。

○佐原委員　先ほどの利点、懸念点の所で、この案1の欠点として、あっせん機関のドナー関連業務に関する経験や知見が失われるということがありました。例えば案1でいくとしたときに、マッチング業務はJOTの中心の人が残ってやるとして、マッチング業務を主に得意としていた人たちは、この新しい組織の中の指導者のような形でやっていくのはいかがかと思いました。結果的には、都道府県のコーディネーターと院内のコーディネーターと、両方育てていく形になるのではないかと思います。

脳死提供が多い所は、院内コーディネーターをしっかりと育てていくと。そういう所に慣れていない病院から脳死が出たときには、県内のコーディネーターが対応するというような、やはり各都道府県で分けていく。そして、そういう方々を指導する、あるいはメンターとなるような方が、今までJOTで経験された方がそういう方を指導するというような形がいいように、私は思いました。以上です。

○磯部委員長　事務局、どうぞ。

○吉川補佐　事務局よりお答えいたします。ありがとうございます。本日御欠席の平澤委員からも、同じような御意見を頂いております。平澤委員も、このコーディネーターのOB、OG、それは日本臓器移植ネットワークのコーディネーターさんも、あるいはかつて都道府県のコーディネーターをされていたような方も活用して、このドナーの関連の業務を支援すべきではないかと。院内ドナーコーディネーターでも、例えば眼球提供の「説明と同意」などを実施されている施設があり、今後臓器提供に関してもこのインフォームドコンセントの業務を実施していくことは可能であろうけれども、当面はそのようなOB、OGの方々を遠隔でもいいのでサポートしてほしいということをおっしゃっておられました。どうもありがとうございました。

○磯部委員長 続いて、湯沢委員、どうぞ。

○湯沢委員 6枚目のスライドを見せていただきたいのですが、この案1の所にマッチング業務とドナー関連業務を、その次のスライドで利益相反を解消できるということが書かれております。現状でいいますと、JOTの理事の中に、何人もの移植関係者がいらっしゃいます。それ自体は、利益相反という観点からいくと大きな問題があるのではないかと思うのですが、いかがですか。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。先ほど賀藤委員からも御指摘のあったように、あっせん機関の法人のあり方についても今後検討していかなければいけないと思いますので、御意見どうもありがとうございます。

○磯部委員長 皆さん懸念されていますので、是非御検討をよろしくお願いします。

○湯沢委員 それから、私自身は案1が、やはり各地域でドナー業務が行われるという意味では、いいのではないかと思います。以上です。

○磯部委員長 続いて、秋山委員、どうぞ。

○秋山委員 秋山です。私も案1に賛成しています。また、その機関を多く作った場合には、賀藤委員と湯沢委員が言われたように、その組織は関係者だけではなくて、この委員会のように多くの第三者が入り、様々な意見が出されるような組織を作っていたきたいと思っております。以上です。

○磯部委員長 分かりました。次に、米山委員、お願いいたします。

○米山委員 米山です。よろしくお願いいたします。案1、案2どちらにしても、今JOTが家族のその後のフォローをする唯一の機関となっておりますので、どのように体制が変わっても、必ず遺族ケアというものが行われる体制整備を整えていただきたいというのが1点です。

それから、現在JOTでは、留学や海外赴任等で海外で臓器提供をされた方をフォローすることができていない現状にあります。そういった方々も、いろいろな思いを抱えていらっしゃいますので、支援すべきだと思いますので、そういった所もフォローできるような、別の新規の機関に移行、若しくは他機関への委託ということも考えながら、必ずドナー家族が支援される体制整備を整えていただきたいと思っております。以上です。

○磯部委員長 御意見承りました。続いて、笠原委員、お願いします。

○笠原委員 笠原です。御議論いただき、どうもありがとうございます。院内コーディネーターに関してなのですが、こちらはやはり診療報酬等でサポートをしてあげないと、なかなか雇用するのにもお金が掛かります。もう1つ言いますと、脳死の場合にはドナーコーディネーターが必要なのですが、院内にはレシピエントのコーディネーターもおりますので、その2つ、ドナーコーディネーターとレシピエントコーディネーターに診療報酬でのサポートを、是非お考えになっていただければという点が第1点目です。

2点目は、スライドで費用の所があったと思うのですが、こちらが今は臓器移植施設及

び手前ども提供施設でもあるのですが、臓器移植を実施する度に病院経営は赤字になっておりますので、こちらも診療報酬を上げるように動いていただければと。実際には関連学会で今、動いているところなのですが、是非御支援を賜れればと思います。この2点を、意見として言わせていただきます。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。続きまして、坂本委員からお願いします。

○坂本委員 坂本です。基本的には案1に賛成ですが、その際に、やはり、拡充していくためには現在の都道府県コーディネーターや、院内コーディネーターの活用が非常に重要になると思います。その中で、先ほど院内コーディネーターの役割として、院内ということなので、自院で発生したドナー候補についてのみの対応なのか、あるいは都道府県の中などでドナーコーディネーターがいないような医療機関への支援も含めて構築していくのか、そこについての立付けを厚労省のほうから教えていただければと思います。

○磯部委員長 事務局、いかがですか。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。基本的に院内ということですので、その病院の中の、残念ながら救命できない臓器提供の可能性のある方についての御家族のケア、あるいは御本人の終末期医療のあり方について、院内ドナーコーディネーターが従事いただくものと思っております。

ただ、まだまだ院内ドナーコーディネーターが設置できていない、あるいはサポートが欲しいという御施設もあろうかと思えます。そういう場合に、例えばもし案1の場合、あるいは案2でも同じかもしれませんが、地域にあるあっせん機関のコーディネーターがサポートをするという体制ではないかと考えております。

○磯部委員長 よろしいですか。それでは湯沢委員、お願いします。

○湯沢委員 湯沢です。2つ質問があります。1つは、費用配分の所ですが、前回 JOT の横田理事長から、少し前には JOT が赤字だったのが、随分解消されてきて、利益を生んでいるような話があったと思います。それを見ますと、実は臓器移植したときに、移植術、移植実施施設から JOT に入るお金が 14%とありますが、かつてはこれが 10%だったのです。それが JOT が大赤字だということで、一時 18.何パーセントかにしたことがあります。それで、また少し潤ってきたので、それを 10%にしようという話があったときに、そうしますと、JOT が赤字になってしまうということで、実は私が副理事長、江川先生が日本移植学会の理事長だったときに、救急医学会と脳神経外科学会、集中治療医学会の理事長先生方と JOT で会談をして、そこで何とか JOT が赤字にならないぎりぎりの線が 14%という計算だったので、14%にしたという経緯があります。そのままずっと来ていて、実際、今 JOT が潤っていると言っては申し訳ないですが、利益を生んでいるような現状からいくと、この 14%が JOT に入るという仕組み自体を少し考え直さなければいけないのではないかと、私自身は思っております。

もう一つは、コーディネーターのピラミッドはありますか。確か、前にこれを見たときには、JOT のコーディネーターは 34 人だったような気がしますが、これが実際に 27 人と

言っても、実働はこんなにはいないのではないのでしょうか。とても全国に間に合わないということから考えると、実働の JOT コーディネーターが何人いるかを教えていただきたいと思います。

それから、確か、国からは 54 人分という話で費用が配分されていたのではないかと思います。そうしますと、54 人で今 27 人、実働は何人だか分かりませんが、その余った分は返されているのですか。それとも JOT のほかの収入になっているのですか。そこは疑問なので教えてください。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 事務局より御回答させていただきます。今、お示ししている表に関しては、9 月 1 日現在で、先日お示ししたものが 4 月 1 日現在のものだったので 7 人減ったということです。実働に関して、事務局から正確な人数をお示しすることはできません。国庫補助であつせん事業者設置費として計上しているのが、マッチングの業務や、臓器提供の家族同意の取得をされるような現場に行かれるコーディネーターさん、あるいはその全部を統括するような本部でのコーディネーターさんが様々いらっしゃる中で、様々な人員、実際の家族ケアをされるコーディネーターだけではないということで、人件費としては様々な用途でお使いいただいていると承知しております。

○磯部委員長 私から関連して伺います。7 ページの診療報酬の主な流れについてです。こういう数字を見るのは、私は正直言って初めてですが、一番上の説明を見ますと、費用配分は、関連学会(4 学会)との協議を踏まえとありますが、これは国としてどのように関わっていらっしゃるのか。この適正性についてどなたかが検証されているのか。湯沢委員もおっしゃいましたが、私は JOT の財務諸表のようなものを拝見したことがありますが、10 億円近い国費が投入されております。かつ、余剰金があるようです。その辺の検証はどのようになさっているのか教えてください。

○吉川補佐 事務局からお答えいたします。これはなかなか複雑な費用の配分になっておりますが、やはり、主途としての所は、亡くなられたドナーの方に支払いということはありませんので、実施施設に入った診療報酬を配分するかということから始まっており、その上で、患者さんたちのコーディネーションだけでなく、それぞれの医療機関、移植を実施する施設、あるいは提供を実施する施設のコーディネーションの費用として幾分かを日本臓器移植ネットワークさんのほうで確保されていると。その確保されたお金は、例えば突発的な移植に関連する検査であつたり、何かしらのことが起こったときに、その費用の中から支出する。そういうことのために、この十何パーセントが計上されていると承知しております。この制度を開始したときに行政としても、学会と臓器あつせん機関の間に入って、お話をさせていただいた経緯があると承知しております。

一方で、湯沢委員や磯部委員長から御指摘のとおり、実際どのぐらいのパーセンテージが全ての医療機関、あるいはあつせん機関にとって適切かという検証はされておませんが、先日、私ども行政と日本臓器移植ネットワークさんとで視察、意見交換をさせていた

だいたいに、もし、学会等の御要望があれば、この費用配分については柔軟に対応すると、日本臓器移植ネットワークの横田理事長からも御回答を頂いております。こういう点も踏まえて、今後あるべき姿を検討していきたいと考えております。

○磯部委員長 ありがとうございます。続きまして、見目委員からお願いします。

○見目委員 6ページに戻りますが、案2に関しては、地域差が生じる懸念があるということで、やはり、患者としてはより重症な方から救っていただきたいと思っておりますので、マッチングという機能に関しては、少なくとも今の時点では日本全体で見ているような案1のほうが、より患者の立場としてはいいかと感じました。案2の利点として挙げられている、組織は複数あるほうが災害などに耐えられるという点もありましたが、こちらに関しては、必ずしも案2にひも付いているわけではないような気が私にはしています。案1のように、組織そのものは1つにしつつ、オフィスを2か所に分けるとか、そういった何かしらの対策で解消できるのではないかと感じました。おっしゃるとおり、日本が災害大国であるということ自体は避けられないので、こういった対策は何かしらあってもいいのかと感じました。以上です。

○磯部委員長 続きまして、木幡委員、どうぞお願いします。

○木幡委員 木幡です。1点質問です。現在、JOTでは普及啓発も一緒にやっております。こちらはこういった形になるのか、もし案などがありましたら教えてください。

○磯部委員長 事務局、どうぞ。

○吉川補佐 事務局より御回答いたします。現時点での案1、案2はどうかということをお答えはできないのですが、やはり、移植医療の実績や、公平にあっせんがされているという広報の活動は、マッチングを実施されている御施設しかできないのではないかと思います。ただ、普及啓発に関しては、例えば、移植を受けたことにより、移植者が元気になっていっているということや、あるいはドナーの御家族の経験、それはいろいろな面を含めてだと思っておりますが、遺族あるいは御本人の臓器提供に対する意思の尊重、そういうところに関しては、必ずしもマッチング機関がやらなくてもよく、ドナーに関連する業務、その遺族に関わられる方々がどういうふうなプロセスを経て、臓器提供をされるのか、されないのかということなどは普及啓発ができるのではないかと考えております。

○木幡委員 これは別組織で普及啓発をやるものがあるということですか。現状、私も広報委員でお手伝いをさせていただいておりますが、あっせん機関が普及啓発となりますといろいろなハードルがありまして、提供に前向きなPRというのはなかなかできにくい状況ですので、その辺りも改善できるような仕組み作りが必要かと思っております。

○磯部委員長 私も1点お伺いします。先ほどもドナー家族、遺族に対する継続的なケアが必要であるというコメントがありましたが、案1を取ったとして、その辺りの業務分担はどういうふうにお考えですか。

○吉川補佐 事務局よりお答えいたします。いずれにせよ、ドナーの情報を持っているあ

っせん機関なり、それに付随する機関が遺族のケアを行っていくものと思いますので、今後、遺族ケアをどういうふうに継続的に実施するかについても検討していきたいと思いません。

○磯部委員長 是非、多面的に御検討いただきたいと思いません。ほかによろしいですか。賀藤委員、どうぞ。

○賀藤委員 賀藤です。私はある程度診療報酬について詳しい方だと思っていたのですが、7 ページのお金のことについては私も初めて見たので、臓器提供施設にもきちんと脳死臓器提供管理料が入るということは、全く知らなかったもので、これはもっと分かるような形で周知していただければと思いません。

あと各機関の収入、臓器別に値段が書いてありますが、これは多分深夜・休日加算込みだと先ほどおっしゃっていましたが、多分、移植は土日に行うことになるので、移植を行うような施設は、移植に対応する麻酔科以外にも緊急手術に備えた麻酔科医を置かなければいけませんし、それに見合った看護師も置かなければいけないですし、あとは ME とか、関係する他職種に職員が 10 人以上出勤しなければならない状況となります。そうしますと、働き方改革への対応も面倒だと思いませんが、多分、その移植実施にかかる人件費は賄えないだろうと思いません。ですので、この値段を決めるのはまた別の所だと思いませんが、この値段ではやっていけないと思いませんので、先ほど笠原委員もおっしゃっていましたが、診療報酬はきちんと考えていただきたいと思いません。

○磯部委員長 私もそう思いません。よろしくお願ひします。外園委員、お願ひします。

○外園委員 外園です。案 1、案 2 のどちらかという話が出ていたのですが、適正な数というのはどちらにしても非常に重要で、私はアイバンクに関わっていますが、各都道府県にアイバンクがあると、ドナーが 0 の所から多い所まであって、非常にレベルが多様になってしまいますので、どちらの案にするにしても、適正な数を検討する必要があると思いません。

先ほどの皆さんが話題にされている診療報酬の所ですが、私も初めて拝見しましたが、各学会で支えてきた JOT なのだなと思わざるを得なかったです。逆に、JOT は各学会に支えてもらっている意識はなかったのではないかと。例えば、黒字になったら、それで次のコーディネーターの育成に回すなり、通常であれば、黒に出たら、次のアクションを起こすべき……実際には忙しくてできなかったのかなと、大変なお仕事なのだなと思いませんが、誰が JOT の方向性を作ったのかというのが、やはり、先ほどの最初のスライドで、多いドナーポテンシャルが実際的には少ないと。あれをどう開拓していくかということ、臓器移植委員会で話し合うのはもちろん大事ですが、現場で JOT が内面的にどういうふうにそれを捉えていたのかというのは見えません。

私も JOT の役員構成とかいろいろ出ているのを見ますと、理事の先生も専任理事が 1 人、あとは全員兼任、兼任の人は移植の関係者。事務局はしっかりしていたかと言うと、事務局のことも見えないという感じですので、新しく作り直すに当たっては、その組織の構築

のリーダーがどういう形で、どのようにバランスが取れた理事構成なり、アクティブな構成になるかということと、適正な数を十分に検証できればいいと思います。以上です。

○磯部委員長 ありがとうございます。お手はもう挙がっておりませんが、よろしいですか。また後で御発言の機会がございますので、一旦ここで先に進めさせていただきます。それでは、事務局から続けて説明をお願いします。

○吉川補佐 事務局より続けて御説明させていただきます。次は、黄色の所です。臓器提供を積極的に検討したのですが、やはりその先に、移植を実施されるに当たって様々な問題があります。これは、従前から移植実施の辞退等についていろいろ御議論いただいたところです。こちらに関して、以前は⑤、⑥の登録施設の複数化や、あるいは移植結果の見える化というお話をさせていただいたのですが、まず移植実施の辞退について、最も多い理由として、やはり医学的な理由がかなり多かったということです。この医学的理由に関して、やはりレシピエント選択が重要になってくるかと思うのですが、この適合条件、例えば、血液型、抗体、虚血許容時間等によりレシピエント候補が選定されている状況ですが、医学的緊急性、年齢、待機年数、搬送にかかる時間等で優先順位が決められています。

移植を最も必要とする患者さんに対して、適切に臓器を届けるという観点から、今後、効果的かつ効率的なレシピエント選択が可能となるように基準を見直すことで、辞退事例を減らすことができるのではないかと考えています。

その上で、この資料にお示しをしているものは口頭で説明したものを図示したのですが、適合条件に関しては、例えば心臓や肺ですと体格差、小腸も体格差が言及されていますが大体 50%~200%という大きなざくっとした体格差の規定ですので、この緑の四角からは外しています。あるいはリンパ球交差試験をやった上での抗体の有無について、この適合条件に加えています。

この適合条件を設定した上で、レシピエントの優先順位を決めるものとして、例えば、緊急患者を優先する、あるいは待機年数を優先する、小児は小児にということと年齢のマッチング、そして搬送時間、「地域加点」と書いていますが、腎臓においては、まずドナーの臓器提供が行われた都道府県の待機患者さんを優先的に移植を実施する、そこでもし患者さんがいらっしゃらない場合は、ブロックに広げていくという体制を取っております。

「待機 inactive」というのは、後ほど具体的に御説明を頂こうと思っておりますが、医学的あるいは御本人の体調や社会的な状況から、今は移植実施はしないのだということで「待機 inactive」という制度を設置されている臓器もあります。今後、公平・適切な臓器移植を実施する上で、こういうレシピエント選択基準等の精緻化も必要ではないかと考えております。

移植実施施設の実績の見える化です。現在、JOT のほうでデータベースの構築を実施していただいております。できれば次年度ぐらいから新しいデータベースの公開をしていきたいと考えております。その中で、各移植実施施設の移植患者さんの待機人数や移植実施の件数、どのような移植を実施しているのか、そしてその成績等の公表を今後実施していきたい

いと考えています。

最後のスライドです。登録施設の複数化です。現在、腎臓移植に関しては、移植実施施設を2つ患者さんが記載することができます。例えば、Aという病院で移植を実施したいと患者さんが登録された場合も、それこそ災害や移植実施施設の対応状況等で、第2希望施設に変えて移植を実施できるような仕組みの構築が腎臓で実施されております。他臓器においても登録施設を複数化することにより、患者さんが確実に移植が実施できるような体制の構築を検討していきたいと思っております。事務局からは以上です。

○磯部委員長 今度はレシピエント側の課題について御説明を頂いたところです。それでは、御意見のある方、挙手をお願いいたします。絹川委員、どうぞ。

○絹川委員 9ページのこのレシピエント選択基準ですが、他臓器と異なるところで、「緊急患者を優先」という所がございます。それから、「待機 inactive」というのも全ての臓器では設定されていないということで、この2点を含めて、現状の御説明をさせていただきたいと思っております。心臓です。失礼いたしました。

もしお持ちでしたら、参考資料6を見ていただきたいと思います。これは心臓移植希望者レシピエント選択基準ということで、これの2枚目に、Status1~3というのが書いてあります。この1というのが緊急患者という取扱いになっておりまして、この4項目が緊急度が高いということで優先的に移植のコールが回ってまいります。(ア)が補助人工心臓、(イ)がIABP PCPS、これはECMOです。(ウ)が人工呼吸、(エ)が重症室に収容されて静注強心薬の点滴を受けている状態です。

ですが、このStatusの基準を決めた時代がもう20何年前でして、それ以来変わっておりません。その間、何が変わったかと申しますと、補助人工心臓というのは、以前、この基準を決めた際は体外設置型と言いまして、退院ができないものでした。退院ができない体外設置型の補助人工心臓の患者さんの緊急度が高いということは、合併症等も多いということで、非常に納得感がありました。

2011年からは、植込型の補助人工心臓にほぼ全ての患者さんが移行した結果、在宅で待機ができることになりました。もちろん、在宅で待機ができるからといって緊急度が低いとは必ずしも申しませんが、少なくとも、ずっと入院を強いられているようなその他の患者さんとは、若干趣が異なってきている。この時代が実に20数年続いているということで、この「緊急」という文言がややそぐわなくなってきていることがございます。

実際に、例えば(イ)のIABPやECMOの患者さんから移植をされるということは、日本では1回もないと承知していまして、これは待機年数が数年にわたる状態で、そのようなテンポラリーの補助循環で待てるはずはありませんので、事実上、無意味な定義が入っております。人工呼吸のところでも同じかと思えます。

それから、(エ)の「ICU、CCU等の重症室に収容され」とも書いてありますが、現実問題、例えば、補助人工心臓に不向きな患者さんもいらっしゃるしまして、点滴の静注で待つことも、現実には全体の中では少ないですが10%程度はそういう患者さんがいらっしゃる

いますが、では、その患者さんが数年間 ICU に入っているかということ、それは病院的な事情としてあり得ません。ですので、ここも現実にそぐわない状況になっているということは申し上げざるを得ない。これはもう 20 何年間、我々を変えてこなかったことの問題点もあるのかなと思っています。こういう意味で、緊急患者を優先と私たちは言っていますが、実態と乖離した部分があるということが、現状と問題点ということになります。

では、この Status2 という患者さんはどういう患者さんかということ、これは、静注カテコラミンの付いていない、そして補助人工心臓も付いていない、要するに、通常は在宅で外来通院をしているという、大方そういう患者さんです。こういう患者さんが何を基準に心臓移植の基準になるかということ、運動耐容能を極めて正確に測定する手段がありまして、それに応じて、その運動耐容能が一定以下という数字を我々は設けて判定をしております。これは私ども日本循環器学会のほうで適応患者を決めさせていただいております。ただ、Status1 が優先される現状、Status2 から心臓移植に回る患者さんというのは、これまで私の知っている限りでは数名ぐらいにとどまっています。これは、昨今、移植のドナーの患者さんが増えたということで、ようやく回ってくる場合もあるわけですが、これはごく少ないわけです。

inactive というのが Status3 です。この inactive は、移植の基準を満たしている Status1 や 2 であれ、この患者さんが、例えば、多くの場合は脳血管障害ですが、かなり大きな麻痺があるとか、少し意識障害があるなどの状態でも、今は完全にこれは移植の適用外になっているかどうかはまだ分からない、将来的には復活するかもしれないけれども、今、移植するのは適切でないという判断を病院でした場合には、Status3 ということで、一時的にこのリストから降りる。この患者さんには当然 JOT からコールはかかってきません。そのような分け方で、私どもはさせていただいています。以上です。

○磯部委員長 続きまして、湯沢委員、お願いいたします。

○湯沢委員 湯沢です。私はこの厚生科学審議会の下で、実際いろいろ検討する腎臓移植の作業班のメンバーを 10 何年かやっておりますので、その立場から、9 ページ目の腎臓の inactive 制度についてお話をさせていただきます。実は、私は腎臓移植の現場におりましたときに、例えば、今は 2 人に 1 人ががんになるような時代です。そうすると、待機中の患者さんが悪性腫瘍で手術をした場合に、当面、移植しますと免疫抑制剤を使いますので、がんの後の患者さんは少し不適切だということで、何年間か待機することになります。それが inactive の結構多い理由にはなるのですが、その inactive 制度を腎臓の作業班で導入したほうが良いということを現場におった者として、提案したことがございます。

ところが、どうしてもそれが実現できなかったかという理由があります。それは、ほかの臓器移植の待機者の場合には、年 1 回、必ず移植施設を受診して、その登録を更新するという作業がありました。ところが、腎臓だけは嘗てそういうことがなかったので、実際に最新の待機者の情報が得られなかったといういきさつがあります。それが、何年か前から、腎臓でも年に 1 回は移植施設を受診して登録を更新するという作業が行われるように

なりました。そうなりますと、その患者さんがどういう状態で、例えば悪性腫瘍の手術をした直後などは、それから何年間かは inactive にするということが可能になりましたので、それは作業班で決めることだとは思いますが、是非腎臓にも inactive 制度を導入したいと考えています。以上です。

○磯部委員長 続きますして、笠原委員、お願いいたします。

○笠原委員 心臓、腎臓とききましたので、私は肝臓の移植をやっていますので、肝臓の inactive について御説明させていただきます。肝臓の場合には、1か月以内に生命の危機があるような患者さんを Status1 としております。昨日まで元気だったのですが急に肝臓が壊死してしまう急性肝不全などの疾患、あるいは先天性代謝性疾患といいまして、産まれてすぐにアンモニアが上がってしまい、生命の予後が非常に悪いお子さんたち、そういった方々が移植の適用になることがあります。この Status1 に関しては先ほどの臓器移植の適用の委員会では揉んでおりまして、文言に関しては変更の必要はないと考えております。

inactive に関しましては、他臓器でも言われておりますが、例えば、感染症で状態が悪くて移植ができない方、移植をしても成功率が非常に低いと思われる方、呼吸不全、腎不全、心不全等を合併していて移植の適用から外れる方、あるいは一時的にでも状態がよくなって、移植の適用を少し待ってほしいという要望がある患者さんで inactive という制度を使用しております。以上でございます。

○磯部委員長 続きますして、見目委員、お願いいたします。

○見目委員 今と同じ9ページ目です。質問なのですが、この「緊急患者を優先」と「超緊急患者を優先」というのは、この差というのはどういったところにあるのでしょうか。

○磯部委員長 これは、絹川委員、よろしいですか。

○絹川委員 御説明申し上げます。先ほども心臓のほうで御説明申し上げましたが、緊急患者が Status1 ということで、補助人工心臓の患者さんが大部分を占めるわけですが、この埋込み型補助人工心臓で在宅治療ということで、非常に安定されて5、6年待機も余り支障なく回っている状態で、結局待機日数が延びているのですが、何とかそこでやっているということです。ですので、本当の緊急なのかというところが、私たちの中で最近はかなり議論になっております。

その待機の患者さんの中で、よりもっと合併症がある、又は補助人工心臓が着かないような特殊な病態の患者さん、そういう患者さんは長期は待ちづらい、待機中に死亡するという事例もあります。そういう場合を切り分けて、今後、超緊急というカテゴリーを作ってはどうかという議論が今進んでいるところでございます。

○見目委員 なるほど。より緊急性の高い方を優先できるような形に、今から持っていこうというような印象ですかね。

○絹川委員 肝臓の Status1 というのは、非常に切羽詰まった状況だと私たちは受け止めております。それに相当するほどの重症度の患者さんが心臓でもいらっしゃるだろうという認識をしております。

○見目委員 分かりました。ありがとうございます。

○磯部委員長 よろしいですか。では、秋山委員、お願いいたします。

○秋山委員 秋山です。このように細かい知見が積み重ねられてきた移植ですので、この知見を蓄積することによって、AI の活用が期待ができるのかどうか。そうであれば、各学会にそれを目指したあっせんする方法等を開発する機会を、研究などで与えていただいたほうがいいのではないかと思います。

それから、話は少し前に戻りますが、こ木幡委員がおっしゃった臓器提供者を確実に確保するために、終末期医療の体制整備をする必要があるのではないかと思います。これは医療界全体で、検討していくことではないかと思います。

また、その1つに脳死判定ができる人材の育成が必要で、例えば小児科であれば、日本小児神経学会に脳死判定の人材の育成を依頼するなどの方法が必要ではないかと思いました。

また、先ほどの成績の公表についても意見を述べさせていただきます。医療従事者は、移植の成績等は知っておく必要があるかと思いますが、一般市民にしては医療成績よりも、その実施している件数、各施設がどのように実施しているのかということを知っておくのがいいかと思いました。以上です。

○磯部委員長 3点、コメントを頂いたと思いますが、事務局からいかがでしょうか。

○吉川補佐 事務局より、3つ目は御意見と承知しました。1つ目と2つ目に関して、まず1つ目のAI等を活用して、適切なあっせんを行ってはどうかというところで、今般、先ほど御提示しました日本臓器移植ネットワークさんが構築されているデータベース、こういうものを活用して、ドナーとレシピエントのマッチングをどのようにすれば最善の移植成績が得られるか、そういう検討ができるようになっていきますので、今後、研究事業でAI等も活用しながらどのようなマッチングができるのかということは、させていただく予定としています。

また、この終末期医療に関しても、本当に今般、人生の最終段階についての議論が高まっている中で、医療従事者の卵に対して、医学生に対しては医学教育モデルコアカリキュラム、そして、今、研究事業で例えば看護であったり、あるいは救命救急士であったり、そういう方々に対しても人生の最終段階と、そして臓器提供といったような教育を提供する予定で研究をいただいているところです。

また、この脳死判定を実施できる人材の確保というところで、こちらの脳死判定について、今までモデルコアカリキュラムでは法医学の章にしか入っていなかった、そんな状況でしたが、例えば日本救急医学会さん、あるいは日本集中治療医学会さんのほうで、脳死判定、臓器提供というところが専門医テキストにも加えられました。同じく、今、研究事業で法的脳死判定のマニュアルの改訂に向けて、様々な学会が協働しまして、検討いただいているところです。マニュアルが出来上がりましたら、それぞれの学会で教育機会を提供する、あるいはより分かりやすい資料、最近では若い方々に対しては動画等を活用した

ほうがいいのかもかもしれませんが、そういう資材を開発しまして、より専門性のある方々に関して、確実に脳死判定ができるように体制を作っていきたいと思っています。ありがとうございます。

○磯部委員長 ありがとうございます。それでは小野委員、どうぞ。

○小野委員 ありがとうございます。先ほどの第2施設の移植の機会を失わないようにするというので、そういう報告がありました。第2施設を置くこと自体は、私もあってもいいのではないかと思っているのですが、腎臓の移植で第2施設があるからという単純な理由とは全く違ったことになるということ、実は皆さん、委員の先生方に御理解いただきたくて発言をさせていただきました。

まず、腎臓移植の移植の実施施設は150ぐらいあります。各都道府県に複数あります。特に都会にはたくさんありますので、万が一、1つの病院で受けられない場合は、患者さん自体の移動が簡単であるということ。また、移植施設には必ず今、年1回、外来に通院するということが義務付けられていますので、待機者の方はもし2つ希望される場合には2つの病院にそれぞれ通院するということになります。

翻って、例えば心臓移植でも、実は第2施設を設けようかという議論は現在、進めている最中です。日本によく愛媛大学が増えて12施設になりました。例えば、東京だった場合には、関東に複数施設がありますが、例えばそうでない東北地域であった場合には、東北大学のみということになります。九州だったら、九州大学のみということになります。そうしますと、第2施設は必ず設定しなければいけないというものではありませんが、やはり万が一、移植施設に多くの移植のコールが集中するために、移植ができないときに、ではどこかですらったとき、都会であればいいのですが、地方で待機している方は、どの施設に登録しようかということになります。その場合、先ほど申し上げたとおり、毎年1回、必ずその病院に通院するということになりますと、時間的な問題、費用的な問題、特に心臓の場合は補助人工心臓を着けている患者さんが、大多数と言いますか、8割ぐらいは待機者の中では着けていらっしゃいますので、そうしますと補助人工心臓を着けている場合は自分1人では通院できませんので、ケアギバーの方が一緒に付いていくということになりますと、結構な交通費と時間を掛けて、余り知らない病院に行って、そこでいろいろと診察を受ける。ただ、診察を受けるだけではなくて、その病院としても、その患者さんのいろいろな経過データが必要になりますので、もともと治療を受けている病院からデータ提供を受けながら、自分たちの病院でも更に検査をして、データを蓄積しておくといったようなことが必要になります。ただ、1年に1回なので、遠方に行くのは仕方がないというふうにお考えになる御家族は行けるだろうと思いますが、必ずしも、その待機している方々というのは、なかなか仕事ができないということで、言ってしまうと生活保護に近い生活をしている方も少なからずいらっしゃいます。これは要するに仕事がしたくないというわけではなくて、人工心臓が着いていたり、あるいは人工心臓が着いていても、心不全などのほかの症状があるため、なかなか定職に就きづらいといった、そういう病態に

よる理由もあります。ということで、生活も余り楽ではない方もいらっしゃるということになります。

また、今度は逆に移植のコールがあった場合に、大体、コールがあってから私ども東大では患者さんには4時間、できれば6時間以内に病院に来てくださいねと申し上げて、病院に来てすぐ移植をできるわけではなくて、入院しましたらしばらくの間、検査をしている間に何か重大なことが起こってないかどうかを種々検査をします。場合によっては特に週末に移植が多いので、週末だとその検査だけで半日ぐらい掛かってしまうのです。CTやエコーなど一通りの検査をして、様々な血液検査の確認をして、あとは同意説明をするのにも2時間ぐらい掛けて、私たちもじっくりやっています。ですので、遠方ですと、場合によっては飛行機を取ったりということもあります。そういったことがあるのだということ、第2施設の場合には、臓器によっては心臓の場合も、肺の場合は11施設、肝臓の場合は23施設ありますので、もう少し移動は簡単だと思いますが、腎臓が第2施設があって、だからほかの臓器も同じようにできるのだと、そういうわけではないということは委員の先生方、よく御理解いただいた上で、我々も当然進めていかなければいけません。患者さんにも説明します。

それと、もう1つ、第2施設がある場合の問題点として、腎臓の場合はほとんど受けられるのですが、例えば心臓移植で第2施設の病院が、実はその病院が今、緊急手術をやっているので受けられませんということは、当然、起こり得ることで、つまり第2施設があるから必ずその第1施設で移植ができなかった場合に、第2施設がバックアップ病院として機能するわけではないということも、実は知っておくべきで、これはメディアがいろいろ報道はしていただいているのですが、そういった様々なイレギュラーな、実際のこういった移植をやるような高機能病院の日常のプラクティスをよく理解していただけないので、誤解を招かないようにしなければいけない。私たちは、患者さんに第2施設の話をしつづつ始めていますが、その場合にも、今言ったようなプラスの面とマイナスの面の両方を、やはりよく理解していただく必要があるので、「どうしますか。」というような、そんな簡単な説明では、特に心臓や肺の場合にはなかなか簡単にはいかないといったようなことも、併せてお話をさせていただきます。ちょっと長くなりましたが、以上です。

○磯部委員長 続きまして、藤野委員、お願いいたします。

○藤野委員 ありがとうございます。先ほど④のレシピエント選択基準の精緻化というグラフを拝見しまして、私はあっせん評価委員も担当させていただいている立場として、先ほどこれの実際のデータを今、JOTで集計中だとお伺いしました。そのあっせん委員のほうでも、どれぐらいのという細かいデータが分からないので、初めてこちらを見させていただいている中で、患者さんからの小腸のドネーションがすごく多い割に、お断りされている件数が多いなということを感じていました。その理由が体格差というのが多かったように記憶しているのですが、こちらを拝見すると適合条件に体格差が実はなかったということが分かりましたので、是非、そのドナーのコーディネーターの方も、全ての

臓器をどうぞというよりは、きちんとレシピエントの状況の差を見ながら、やはりドネーションしていくことが望ましいのではないかと、オペ的な問題も含めて感じましたので、一言コメントさせていただきました。ありがとうございます。

○磯部委員長 ほかにいかがですか。今のセクションの2番目の課題の実績の見える化については、お一人、御意見がありました。余り意見がありませんでした。前回、あるいは前々回の会議でも、移植を受けるレシピエントの重症度や状態によって成績は影響されますので、単に死亡率や生存率など、そういうことだけで比較するのは難しいという御意見もありましたが、この形で情報を公開するというので、皆さん大丈夫でしょうか。何か御意見があれば、一部に公開するなど、あるいは何かコメント付きで紹介するなど、いろいろやり方もあろうかと思えます。では見目委員から。

○見目委員 ありがとうございます。今、お話に上がっていた情報の公開に関してですが、先ほど医療従事者が見れる状態であるのというのがいいのではという御意見があったかと思えますが、患者にとってもよりよい病院で、成績のよい病院で受けたいというのは当然の気持ちとしてあるかなと思うので、一患者としては是非、知りたい情報だなと思っています。

ただ一方で、ちょっと人伝に聞いた話なので、是非、皆さんの御意見も伺えればと思えますが、移植とは関係ないほかの病気において、こういった成績が公表されたことによって、成績が悪くならないために余り状態のよくない患者さんを受け入れないみたいな状況が起きているというような話を聞いています。そういう状態になってしまうと、結果的に患者にとってのデメリットにつながってくるかと思っていますので、そういった可能性について皆さんでどう思われるか。あるいは、そういった状況について、ほかの病気ではどういった対策がされているのか、もし皆さん、あるいは厚労省のほうで何か知見がありましたら、伺えればと考えます。

○磯部委員長 今回のコメント、御質問について、どなたか御意見はありませんか。小野委員、どうぞ。

○小野委員 実は今、磯部委員長から切り出していただいたお話は、私が前回、発言させていただきました。今の見目委員の質問にも、まずお答えしますが、特にこういった治療成績の公表というのはアメリカはよくやっています。全ての州ではありませんが、例えばニューヨークなどはよくやっているのですが、そこで起こっている現象というのは正に軽症例をたくさんやって、成績をよくして重症例を受けない、特に民間病院が多いようですが、そうやって見かけをよくするという成績操作は普通に行われています。

ただ、それで治療されなかった患者さんはセンター病院で治療を受けられることになるのかもしれませんが、そういった方が全てそういった別の受皿で受けられているのか、アメリカの場合はもう1つは自分の持っている保険がどういう保険種かによって、掛かることのできる病院に制限がありますので、そういう別の制限も掛かってしまいますので、全部が救われているかどうか分かりません。やはり、ニューヨークのセンター病院の先生方に聞くと、これはどこかで断わられて、自分たちの所に押し付けられたということがあ

ことは事実のようです。

それが日本で起こっているかどうかというのは、正直なところ私も分かりませんが、これは手前味噌になってしまっていて、余り重視しなくても結構ですが、やはり重症例を私ども東大はたくさんやっていますと、かなり重症例はたくさん紹介をされてきます。これは民間病院であると、ちょっと大変だよねというものは結構紹介されますので、それは患者さんのためを思って、自分たちで治療するよりは、やはりある程度慣れたセンター病院で治療したほうが成績がよくなるからと、そういう判断の場合もありますので、一概に自分たちが治療したくないから押し付けるという場合とは限りません。

移植の話に戻させていただくと、やはり心臓の場合、肺もそうですが、肝臓ももちろん、肝臓の場合は一番重症で劇症肝炎の場合が多いのですが、患者の紹介は少し偏りがあるかなというのは感じることは時々あります。ただ、それは今の通常の疾患の場合、移植以外の疾患の場合の紹介のパターンと同じで、自分たちがやりたくないから紹介しているのか、それともやはりセンター病院のほうが経験があるからお願いしているのか、その心理的のところは分かりませんが、ただ、やはり重症例を多くやっていると成績は落ちます。それは間違いなくて、これは重症例というのはそれなりのリスク評価というものがあって、予測死亡率を出すことができますが、当然、高くなるわけで、そうすると当然、成績が悪くなるのですが、そうすると先ほど磯部委員長の御質問のとおりですが、この予後曲線と言いますか、手術後成績が悪いからその治療レベルが低いというわけではないので、そこはもし生存曲線を載せる場合には、それなりのきちっとした、それにふさわしいコメントを付けないと単に表だけをパッ、パッと出して取捨選択をするようなやり方をしたら、これは今、例えば心臓血管外科手術データベースなど、国際的なデータベースでもリスクアジャストということが当然のトレンドになっていますので、リスクアジャストをしていないローモダリティを出すというのは、国の機関としては、はなはだプアかなと思います。

○磯部委員長 委員長ですが、私からもちょっとコメントさせていただきます。私は病院で緊急手術の現場を預かっていますので、アメリカのような極端なことはないのだろうと思いますが、今、この時代のホームページ、あるいは広報、情報操作というか SNS も含めて、それから病院の公開するデータも含めて、非常に情報が多岐にわたって、かつ複雑化しています。これらの中には患者さんも御覧になれるような情報が多くて、やはりどうしても見栄えをよくしたいような操作と言いますか、表現方法を取る。そういうことは、比較的よく見聞するところです。私も単に生存曲線や死亡率など、そういう数字だけを出すと、やはり一人歩きして、むしろ患者さんが誤った情報に流れてしまう。そういうことを非常に強く懸念します。情報公開はとても大事だと思いますが、小野委員もおっしゃったような形も含めて、慎重に適切な情報公開をすべきではないかと思います。

続きまして、手が挙がっている外園委員から、どうぞ。

○外園委員 正に小野先生がおっしゃったとおりだと思います。経過の悪い人は来なくなったりして、やはり成績というのはすごく修飾されますので、件数だけ出したらどうかと

思いました。例えば、この移植はこの病院は何件やっていると、移植は余り病院にとってはそんな収益がきかないので、そういうものをいかに取り組んでいるかということで、移植をしている件数を表に出すというのは、かなり目安にもなりますし、変なバイアスが掛からないのではないかなと思いました。以上です。

○磯部委員長 笠原委員、どうぞ。

○笠原委員 笠原です。どうもありがとうございます。見目さんのおっしゃっていることは、患者さんの立場から考えますと本当に大切なことかなと思えます。一方、欧米で臓器が潤沢にあって、臓器移植を受けられる国と、手前どものように最近、臓器の脳死提供が増えてきてはいますが、まだまだ足りないところで、やはりこの患者さんを何とか助けたいな、ちょっとでも無理してでも助けたいなと思って、医療側が頑張っただけで移植をやっているという現状もありますので、一概にアメリカと今の日本の現状というのは比較はできないのではないかなというところが1点ございます。

2点目は、例えば肝臓だけに限って言いますと、重症度のスコアがあります。重症度が高いとやはり患者さんの生存率は悪いということは、もう報告されていますので、重症度別に成績を出すなど、透明性を持って、移植医療を進めていく上で成績を出すというのは大きな一歩だと思います。患者さんに見える化、透明化をするということでは、大変大きな一歩なのではないかなと考えている次第です。

○磯部委員長 ありがとうございます。たくさん御意見を頂きました。一旦、ここまでにしたいと思えます。本日は、様々な議論がありまして、最初のほうからいきますと、臓器提供施設連携体制の構築事業を拡充していくこと、いろいろ御意見がありました。また、院内ドナーコーディネーターの業務参画、あるいは、あっせん業務機関を業務を分けた上で、機関を複数化するという議論がなされました。レシピエントの選択基準についても、御意見を頂きました。また、移植登録施設の複数化についても、実績の見える化についても、様々な御意見を承りました。事務局は、7月から、7、8、9、3回にわたって議論していますが、最終的な方針、それに伴う種々の改正案を今後、提示していただきたいと思いますので、議論を踏まえて、また今後、おまとめをお待ちしています。

最後になりますが、改めて御発言されたい方、もしいらっしゃったら、お伺いしますが、米山委員、どうぞ。

○米山委員 米山です。ありがとうございます。最後になりますが、今までの臓器移植法の成立から体制整備等に当たりまして、ドナ一家族の声というものが、余り顧みられなかったような現状があると感じています。今後、体制を作っていくに当たりまして、家族、遺族の負担というものが検討されて、それが反映されるような体制を作っていただければと思います。以上です。

○磯部委員長 承りました。ほかにはいかがでしょうか。どなたか御発言はありませんか。見目委員、どうぞ。

○見目委員 私は移植手術を受けた患者としても、是非、米山さんから今お話がありまし

たように、ドナー、若しくはドナーの御家族というところを手厚くサポートできるように、是非、取り組んでいただければと思っています。すみません、一言追加まででした。よろしく願いいたします。

○磯部委員長 よく分かりました。よろしく願いします。ほかはいかがでしょうか。それでは、事務局にマイクをお返しします。

○吉川補佐 本日もたくさん御議論いただきまして、どうもありがとうございました。また、次回の開催については先ほど磯部委員長からの御意見もありましたが、最終的な方針、あるいはそれに伴う種々の改正案等をお示す形で、準備させていただきたいと思います。日程等については追って御連絡させていただきます。事務局からは以上です。どうもありがとうございました。

○磯部委員長 それでは、これで本日の臓器移植委員会は終了します。どうもありがとうございました。